

پیغام	سر کار	منزل	آخر	وسط	اول	نام خود را درشت بنویسید
3. آدرس جائی که زندگی میکنید						
زیپ کد	ایالت	شهر	خیابان			
4. آدرس پستی، اگر با آدرس فوق فرق دارد						
زیپ کد	ایالت	شهر	خیابان			
<p>7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> آیا صحبت کردن، خواندن یا نوشتن به انگلیسی برای شما مشکل است؟ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> آیا به مترجم نیاز دارید؟ اگر جواب مثبت است، ما یک مترجم تأمین خواهیم کرد. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اگر جواب مثبت است، شما به چه زبانی صحبت میکنید؟</p>			<p>6. اینجانب / ما به این کمکها نیاز داریم: <input type="checkbox"/> پول <input type="checkbox"/> کوپن غذا <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> مراقبت در آسایشگاه <input type="checkbox"/> معالجه برای اعتیاد به مواد مخدره / الکل <input type="checkbox"/> سایر:</p>			
اگر میخواهید فرد دیگری کوپنهای غذای شما را از طرف شما دریافت کند، دو خط بعدی را پر کنید: شماره تلفن _____ نام او _____						
لطفاً بخوانید						
<p>A. منظور از این مرور این است که تعیین شود که آیا شما هنوز میتوانید مزیتهای پولی، پزشکی و / یا کوپن غذا دریافت کنید. اگر برای پر کردن هر قسمی از این فرم نیاز به کمک دارید، به ما اطلاع دهید.</p> <p>B. لطفاً این فرم را پر کرده و آنرا در ظرف ده روز به دفتر خدمات کامونیتی محلی خود پست کنید یا بیاورید.</p> <p>1. ممکن است از شما بخواهیم که برای انجام یک مصاحبه به دفتر بیایید.</p> <p>2. ممکن است از شما بخواهیم که وضعیت خود یا جوابهای را که در این فرم داده اید اثبات کنید.</p> <p>C. اگر در حال حاضر مزایای کوپن غذا دریافت نمیکنید ولی در جواب به سؤال شش در بالا درخواست دریافت آن را گردهايد:</p> <p>1. مبلغ مزایای کوپن غذای شما را بر اساس تاریخی که این فرم را دریافت میکنیم خواهیم گذاشت.</p> <p>2. اگر سؤال ۱۳ را پر کنید ممکن است تحت شرایط ذیل در ظرف پنج روز مزایای کوپن غذا دریافت کنید:</p> <p>a. درآمد و منابع مالی شما بسیار کم است، یا</p> <p>b. درآمد و منابع مالی شما برای پرداخت اجاره / رهن و خدمات شهری کافی نیست، یا</p> <p>c. جائی برای زندگی کردن که تحت تصاحب شخصی خودتان باشد ندارید، یا</p> <p>d. خانوار شما شامل یک فرد کارگر سیار یا فصلی کشاورزی است.</p> <p>3. قانوناً ملزم هستید که برای هر عضو خانوار یک شماره ای برای هر عضو خانوار درخواست کنید.</p> <p>D. اگر در حال حاضر مزایای کوپن غذا دریافت میکنید و میخواهید صدور آن به شما ادامه پیدا کند، این فرم را قبل از پانزدهم ماه آینده تسلیم کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا هنوز برای دریافت این مزایا واجد شرایط میباشد.</p>						
اطلاعات داوطلبانه						
<p>از شما میخواهیم که بطور داوطلبانه نژاد یا سابقهٔ ملیتی خود را ابراز کنید. این اطلاعات در تعیین واجد شرایط بودن شما برای مزایا بکار نخواهد رفت.</p> <p><input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> هیسپانیک <input type="checkbox"/> بومی آمریکائی / آلاسکائی <input type="checkbox"/> سیاهپوست <input type="checkbox"/> ویتنامی / لاتوی / کامبوچی <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> از سایر نقاط آسیا یا اقیانوس آرام</p>						

مرور واجد شرایط بودن

اطلاعات عمومی (ادامه)

بلی	<p>17. وضعیت ازدواجی - من در حال حاضر در وضعیت ذیل هستم:</p> <input type="checkbox"/> بیوه زن / مرد <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد
<p>18. یک عضو خانواده موقتاً در خانه زندگی نمیکند در کجا؟ _____ چه کسی؟ _____</p>	
<p>19. من (ما) در جای ذیل زندگی میکنم:</p> <input type="checkbox"/> منزل خودم <input type="checkbox"/> سکونت‌گاه خانواده بالغ <input type="checkbox"/> تسهیلات مراقبت دستجمعی <input type="checkbox"/> سکونت‌گاه گروهی <input type="checkbox"/> تسهیلات سکونی معالجه بالغین <input type="checkbox"/> دیگر: _____	
<p>20. اگر از زمان آخرین مرور تان تا بحال کسی به خانوار شما نقل مکان کرده است سقوط‌الات الف الی و را در مرور آن فرد جواب دهید.</p> <p>نام: _____ تاریخ نقل مکان: _____</p>	
<p>A. این فرد قصد به زندگی در واشنگتن دارد.....</p>	
<p>B. این فرد در واشنگتن با ایالت دیگر درخواست امداد کرده است تاریخها: _____ اگر جواب مثبت است، کجا: _____</p>	
<p>C. اگر هر دو اولیاء، خانواده‌ای که اکنون درخواست میکند (چه ازدواج کرده باشند چه نکرده باشند) در منزل زندگی میکنند، نام آن ولی که در ۲۴ ماه اخیر بیشتر درآمد داشته است را قید کنید: نام ولی: _____</p>	
<p>D. این فرد یک سرباز سابق قوای مسلح، یا تحت تکفل یا همسریک سرباز سابق است.</p>	
<p>E. این فرد از یک برنامه توزیع غذای بومیان غذا دریافت میکند.....</p>	
<p>F. این فرد یک فرد خارجی اسپانسر شده است اگر جواب مثبت است، نام و آدرس اسپانسر: _____</p>	
<p>21. من (ما) در یک شبانه‌روزی زندگی میکنم (یعنی اینکه به یک فرد دیگر برای تامین غذای من (ما) پول میپردازم).....</p>	
<p>22. من (ما) انتظار دارم که وضعیت من (ما) در ضمن دو ماه آینده تغییر کند اگر جواب مثبت است، شرح بدھید: _____</p>	
<h3>اطلاعات پزشکی</h3>	
<p>بلی نه</p>	
<p>A. من (ما) مخارج پرداخت نشده پزشکی دارم.....</p>	
<p>B. من (ما) نیاز به کمک برای پرداخت مخارج پزشکی که در ضمن ۳ ماه اخیر وارد شده‌اند دارم.....</p>	
<p>C. من (ما) در یک تاسیسات پزشکی هستم، چنین جائی را <u>اخباره ترک کرده‌ام</u>، یا <u>حال به ورود به چنین جائی دارم</u> (برای مثال، بیمارستان، آسایشگاه، غیره) اگر جواب مثبت است، کدام تاسیسات: _____</p>	
<p>(3) تاریخی که وارد خواهید شد _____ (2) تاریخ مرخص شدن _____ (1) تاریخ ورود _____</p>	
<p>D. من (ما) مدیکر دارم.....</p>	
<p>E. من (ما) دسترسی به پوشش (نظمی) CHAMPUS دارم.....</p>	
<p>F. من (ما) بیمه بهداشتی/درمانی دارم شامل هر بیمه‌ای میشود که شما یا فرد دیگری پول آنرا میپردازد، مانند بیمه خصوصی، بیمه مراقبت درازمدت، بیمه گروهی از طریق کارفرما یا اتحادیه‌تان، غیره)</p>	
<p>G. من (ما) یک موقع در ضمن سه سال اخیر از طریق سر کار بیمه بهداشتی/درمانی داشته‌ام.....</p>	
<p>H. من (ما) از دریافت بیمه بهداشتی/درمانی از طریق سر کار به علت خرج آن امتناع کرده‌ام.....</p>	
<p>I. من (ما) تصادفی داشته‌ام که باعث نیاز به مراقبت پزشکی شده است _____</p>	

مرور واحد شرایط بودن

منابع

A. من (ما) صاحب یکی یا بیشتر از یکی از اقلام ذیل هستم یا در صاحب بودن آن سهمی دارم (برای هر یک از اقلام «بلی» یا «نه» تیک بزنید):

منابع	بلی	نه	مبلغ / ارزش کل	تعداد	کجا
پول در دست (نقد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
حساب چکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
حساب پس انداز / گواهی سپردہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
بنگاه تعاونی اعتبار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
صندوق بازنشستگی، KEOGH, IRA, غیره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
پولی که افراد دیگری نگه میدارند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
سهام / اوراق قرضه / اوراق سرمایه‌گذاری تعاونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
حساب امانی یا مقررات سالیانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
بیمه عمر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
برنامه پیش‌پرداخته دفن (غیر از بیمه عمر)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
پول برای تشییع جنازه / دفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
نقطه دفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
قرارداد فروش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
ملکی که در آن زندگی میکنید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
ملکی که در آن زندگی نمیکنید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
تجهیزات کارو-کسب (لوازم، ماشین‌آلات)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
احشام (اسب، گاو، گوسفند)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
الوار / محصولات کشاورزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		

B. من (ما) یک اتومبیل یا وسیله نقلیه دیگر دارم یا در حال خریدن آن میباشم (کامیون، قایق، کمپر، تریلر، خانه موتوری، ماشین برف‌پیما، موتورسیکلت، غیره)

قلم	سال	مدل	ارزش
\$			
\$			
\$			
\$			

بلی نه

C. من (ما) به علل بهداشتی/درمانی از یک وسیله نقلیه استفاده میکنم.....

D. من (ما) برای منظورات شغلی از یک وسیله نقلیه استفاده میکنم.....

E. من (ما) یک منبع مالی را در ضمن دو سال و نیم اخیر فروخته‌ام، معاوضه کرده‌ام یا به کسی داده‌ام (رجوع شود به A و B در بالا)
 اگر جواب مثبت است، توضیح دهید:

به چه کسی؟ _____ چه چیزی؟ _____

شغل

بلی نه

A. من (ما) از زمان آخرین مرور شغل دارم یا داشته‌ام (شامل کار آزاد)

اگر جواب مثبت است، آیا بطور مرتب گزارش‌های درآمد به مامور مالی خود فرستاده‌اید.....

شغل‌های اعضا، خانوار را قید کنید

فرد	کارفرما	ساعت کار در هر ماه	آخرین تاریخ کار کردن
1.			
2.			

بلی نه

B. من (ما) قادر به کار کردن هستم (بالغین)

اگر قادر به کار کردن نیستید، قید کنید که چه کسی نیست و چرا

فرد	علت
1.	
2.	

مرور واجد شرایط بودن

شغل (ادامه)

بلی نه

..... C. من (ما) در طول ۶۰ روز اخیر یک شغل را ترک کرده‌ام.

اگر جواب مثبت است، نام فرد: _____

مجروحیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اجازه غیبت	<input type="checkbox"/> امتناع کار	<input type="checkbox"/> اخراج	<input type="checkbox"/> بی کار سازی
		<input type="checkbox"/> بیماری	<input type="checkbox"/> امتناع از تعلیم	<input type="checkbox"/> اعتراض	<input type="checkbox"/> ترک کردن کار

درآمد

26. من (ما) از منابع ذیل پول دریافت کرده‌ام یا درخواست کرده‌ام (برای هر کدام از اقلام، روی «بلی» یا «نه» تیک بزنید):

مبلغ	فردی که درآمد دارد	مبلغ	فردی که درآمد دارد	بلی نه	درآمد
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	حقوق (مزد) / حق العمل
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	امداد اجتماعی
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بیمه بیکاری
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مزایای تأمین اجتماعی (SSA)
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	درآمد اضافه تأمین (SSI)
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مزایای راه آهن
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بازنیستگی
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تکفل کودک / نفقة
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مزایای بیمه
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	امانتی یا مقررات سالیانه
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پول از مستأجرین / شبانه‌روزی نشینان
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پول از خوشاوندان / دوستان
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مزایای سربازان سابق
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	وزارت کار و صنایع
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	جیره نظامی
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پس‌پرداخت مالیات بر درآمد
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	اعطا‌های یا وام مدرسه
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	جايزه‌های نقد (بینگو، بخت آزمائی، غیره)
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	وام‌های دیگر
\$		\$		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	درآمد دیگر

هزینه‌ها

A. من (ما) مخارج سکونی دارم (اگر جواب مثبت است، مبلغ را در ذیل قید کنید): بلی نه

مالیات بر املاک.....	\$.....	1. اجاره.....	\$.....
ارزیابی املاک.....	\$.....	رهن.....	\$.....
بیمه مالک خانه.....	\$.....	خرج فضای.....	\$.....

بلی نه

2. کسی تمامی یا بخشی از مخارج سکونی یا خدمات شهری من (ما) را می‌پردازد.

..... 3. من (ما) برای پرداخت اقلام ذیل مسئول هستم: مخارج گرماسازی / خنک‌سازی خدمات شهری دیگر.....

دیگر: \$.....	زباله: \$.....	تلفن: \$.....	برق: \$.....
	\$.....	آگو: \$.....	سوخت گرماسازی: \$.....
	آب: \$.....		(نفت، گاز، چوب، غیره)

B. من (ما) مخارج تکفل یا دایگی دارم:

C. من (ما) پرداختهای تکفل کودک که توسط دادگاه دستور داده شده میدهم:

پیش از امضاء کردن با دقت بخوانید

اینچنان توجه دارم که:

- من (ما) باید هر تغییری در وضعیتم را بطور کتنی به دفتر خدمات کامونیتی اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) گزارش بدهم. تأخیر در گزارش ممکن است باعث دریافت مزایای غیر صحیح بشود.
- من (ما) باید مدرک ارائه کنم که نشان بدهد برای کمک واجد شرایط هستم. ممکن است DSHS در مورد بدست آوردن مدرک به من (ما) کمک کند یا با افراد یا سازمانهای دیگر برای دریافت آن تماس بگیرد.
- اطلاعاتی که من (ما) بدینوسیله ارائه میکنم توسط مأموران ایالتی و فدرال وارسی خواهد شد که تعیین شود آیا من برای مزایا واجد شرایط هستم و چه مبلغی دریافت خواهم گرد. اینکار ممکن است شامل تماسهای بدون آگاهی قبلی توسط دفتر بازرگانی ویژه باشد.
- شماره (های) امنیت اجتماعی من (ما) توسط سازمانهای ایالتی و فدرال برای تعیین هویت اعضاء خانوار، جلوگیری از شرکت کردن تکراری، و مبادله اطلاعات با سازمانهای دیگر توسط کامپیوتر از جهت تصدیق واجد شرایط بودن مورد استفاده قرار خواهد گرفت (برای مثال، اداره تأمین اجتماعی، اداره درآمد داخلی (IRS)، کارفرمایان، و بانکها).
- افرادی که بین سن ۱۶ تا ۶۰ سال دارند ممکن است به علت درخواست کردن و دریافت «امداد به خانواده‌های متکفل کودک» (AFDC) یا مزایای کوبن غذا ملزم به شرکت در یک فعالیت شغلی یا تعلیمی بشوند.
- با درخواست کردن و دریافت مزایای مالی، من (ما) حق دریافت هرگونه پشتیبانی، شامل تکفل کودک و پشتیبانی مراقبت پزشکی را به ایالت واشنگتن و اگذار میکنم.
- با درخواست کردن و دریافت مزایای مراقبت پزشکی، من (ما)، در حالیکه مزایای مراقبت پزشکی دریافت میکنیم، حقوق خود نسبت به پشتیبانی مراقبت پزشکی و هرگونه پردازه‌های شخص ثالث از جهت پشتیبانی پزشکی برای پرداخت مخارج خدمات پزشکی پوشش شده را به ایالت واشنگتن و اگذار میکنم.
- این اداره مجاز است مخارج خدمات دراز مدت پزشکی را، در صورتی که سن من (ما) ۵۵ سال یا بیشتر است، از میراث من (ما) بازیابی کند. مراقبت دراز مدت شامل COPES، مراقبت شخصی پزشکی، و خدمات آسایشگاه، مخارج مربوطه بیمارستان و داروهای تجویز شده میشود.
- اگر من (ما) از مزایای بهداشتی / درمانی خود سو، استفاده کنم، ممکن است به استفاده از یک دکتر و داروخانه محدود بشوم.

اخطر جریمه مربوط به کوبن غذا

اگر کوبن غذا را برای خریدن یا فروختن اسلحه، مهمات، یا مواد منفجره استفاده یا دریافت کنید، ممکن است بعد از اولین چنین تخلف حق استفاده از برنامه کوبن غذا را بطور دائمی از دست بدهید. اگر کوبن غذا را برای خریدن یا فروختن مواد ممنوعه استفاده یا دریافت کنید، ممکن است بعد از اولین چنین تخلف حق استفاده از برنامه کوبن غذا را به مدت ۱۲ ماه، و بعد از دومین چنین تخلف بطور دائمی از دست بدهید. اگر هر قاعده دیگر برنامه کوبن غذا را بطور عمدى بشکنید، ممکن است بعد از اولین چنین تخلف، حق استفاده از برنامه کوبن غذا را به مدت ۶ ماه، بعد از دومین چنین تخلف به مدت ۱۲ ماه، و بعد از سومین چنین تخلف بطور دائمی از دست بدهید. بعلاوه، ممکن است حق استفاده را دادگاه برای یک مدت اضافه ۱۸ ماهه از شما بگیرد.

کارهای ذیل را نکنید:

- مبادله یا فروش کوبن غذا یا کارت‌های اجازه؛
- تحريف کارت‌های اجازه که بتوانید تعداد بیشتر از مقداری کوبن غذا که برای آن واجد شرایط هستید دریافت کنید؛
- استفاده از کوبن غذا برای دریافت اقلام غیر مجاز مانند مشروبات الکلی و دخانیات؛ یا
- استفاده از کوبن غذا یا کارت اجازه یک نفر دیگر برای خانوار خودتان.

اگر عالما و عامدا یک قاعده را بشکنید، ممکن است تحت تعقیب قرار گرفته و تا حداقل ۲۵۰،۰۰۰ دلار جریمه یا تا حداقل بیست سال زندان بشوید، یا هر دو. در ضمن ممکن است بر طبق قوانین مربوطه دیگر فدرال تحت تعقیب قرار گیرید.

جرائم مربوط به «امداد عمومی» (General Assistance)

اگر توسط دادگاه محکوم به دریافت غیرقانونی «امداد عمومی» بشوید، برای مدتی که دادگاه تعیین خواهد کرد حق دریافت پول نقد و امداد پزشکی را از دست خواهید داد.

اظهاریه و امضاء

من / ما اطلاعاتی را که در این درخواستنامه میباشد را خوانده و درک کرده‌ام (یا برای من / ما توضیح داده شده است). من / ما تحت قید مجازات گواهی دروغ، اظهار میدارم که تا آنجائی که من / ما اطلاع دارم اطلاعاتی که در این درخواستنامه داده‌ام درست، صحیح و کامل است. من / ما درک میکنم که اگر به علت یک اظهاریه دروغ عمدى، یا به علت قصور عمدى از گزارش موضوعی که باید گزارش کنم، پول نقد، کوبن غذا، یا خدمات پزشکی بطور نادرست دریافت کنیم، ممکن است به عنوان مجرم محاکمه شوم.

اگر فقط برای کوبن غذا درخواست میکنید، فقط یک درخواست کننده لازم است امضاء کند.

اگر بطور جمعی برای کمک نقدی یا پزشکی درخواست میکنید، تمامی اعضاء بالغ خانوار باید امضاء کنند.

امضا، درخواست کننده	تاریخ	امضا، سایر اعضاء، بالغ خانوار	تاریخ
امضا، شاهد، در صورتی که درخواست کننده نمیتواند امضا کند	تاریخ	امضا، شاهد، در صورتی که همسر نمیتواند امضا کند	تاریخ
امضا، شخص کمک کننده	تاریخ	امضا، شخص کمک کننده	تاریخ